

Cannabisgebruikers kampen vaak met psychische stoornissen

Margriet van Laar · Saskia van Dorsselaer ·
Karin Monshouwer · Ron de Graaf

Abstract De afgelopen jaren bestaat er een toenemende belangstelling voor de relatie tussen cannabisgebruik en psychische stoornissen. De aandacht richt zich daarbij vooral op psychosen. Maar hoe zit het met de samenhang tussen cannabisgebruik en psychische stoornissen die veel vaker voorkomen in de bevolking, zoals angst-, stemmings-, en alcoholstoornissen? Dit artikel beschrijft de resultaten van een analyse van gegevens over cannabisgebruik, afkomstig uit een groot bevolkingsonderzoek naar psychische problematiek bij volwassen Nederlanders. De uitkomsten laten zien dat cannabisgebruik vaak samengaat met een stemmings-, angst-, of alcoholstoornis. De sterkste verbanden worden gevonden voor cannabisafhankelijkheid.

Inleiding

Drugsgebruikers, vooral degenen met een stoornis in het drugsgebruik, lijden vaak aan andere psychische stoornissen (Regier e.a., 1990; Grant e.a., 2004). Doorgaans heeft het samengaan van drugsmisbruik of -afhankelijkheid en een andere psychische stoornis een ongunstig effect op het beloop en de uitkomst van de behandeling van beide stoornissen. Voor het ontwikkelen van op maat gesneden behandelmethoden is inzicht in de samenhang tussen specifieke middelen en specifieke psychische stoornissen van belang. De laatste jaren richtte veel onderzoek zich op de relatie tussen het gebruik van cannabis en het optreden van psychose (zie Semple,

McIntosh & Lawrie, 2005; Fergusson e.a., 2006). Veel minder aandacht is besteed aan de vraag of cannabisgebruikers vaker dan anderen last hebben van angst-, stemmings- en alcoholstoornissen, terwijl deze stoornissen veel vaker voorkomen in de bevolking dan psychose.

In dit artikel beschrijven wij de samenhang tussen het gebruik van cannabis en het optreden van specifieke angst-, stemmings- en alcoholstoornissen. Dit gebeurt op basis van analyses van gegevens uit de eerste ronde van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS), een landelijke studie naar psychische stoornissen onder de Nederlandse volwassen bevolking van 18 tot en met 64 jaar. In de analyses onderscheiden wij drie groepen twaalfmaandscannabisgebruikers:

1. cannabisgebruikers die geen stoornissen in het cannabisgebruik hebben;
2. mensen met een diagnose cannabismisbruik;
3. mensen met een diagnose cannabisafhankelijkheid.

Eerst beschrijven we hoe vaak cannabisgebruik en gerelateerde stoornissen in de bevolking voorkomen. Vervolgens gaan wij na of de drie groepen cannabisgebruikers vaker dan niet-gebruikers een angst-, stemmings- of alcoholstoornis hebben.

Methode

Steekproef

Deze studie is gebaseerd op de baseline-data van de eerste ronde van NEMESIS, een longitudinale studie naar psychische stoornissen in de Nederlandse bevolking van 18 tot en met 64 jaar. De respondenten werden voor de eerste maal geïnterviewd in 1996 (baseline). Een

Margriet van Laar, en, (✉)
Dr. M.W. van Laar is programmahoofd bij het Programma
Drug Monitoring van het Trimbos-instituut, Postbus 725, 3500
AS Utrecht. E-mail: mlaar@trimbos.nl.

gedetailleerde beschrijving van de onderzoeks- en steekproefmethode is te vinden in Bijl e.a. (1998). Tijdens deze meting werden 7.076 personen geïnterviewd (respons 69,7%). De steekproef kwam overeen met de algemene bevolking in geslacht, burgerlijke staat en mate van verstedelijking. Jongeren van 18 tot en met 24 jaar waren ondervertegenwoordigd. Voor deze ondervertegenwoordiging zijn de data gewogen.

Meetinstrument

Het belangrijkste meetinstrument in NEMESIS is het Composite International Diagnostic Interview (CIDI versie 1.1; computergestuurde afname), waarmee DSM-III-R-as-I-stoornissen kunnen worden vastgesteld. De CIDI is een gestructureerd diagnostisch interview, ontwikkeld voor gebruik door getrainde interviewers die geen klinici zijn. De CIDI heeft een vrij goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en test-hertestbetrouwbaarheid en een goede validiteit voor de diagnosen in deze studie (Wittchen, 1994).

Cannabisgebruik

De respondenten werd aan de hand van een lijst met drugs gevraagd of zij een aantal drugs meer dan vijfmaal ooit in hun leven hadden gebruikt (gebruik ooit of lifetime-prevalentie). Aan respondenten die hierop positief antwoordden, werd vervolgens gevraagd wanneer zij het betreffende middel voor het laatst hadden gebruikt (voor het vaststellen van de twaalfmaandsprevalentie). Ook werden vragen gesteld over het optreden van symptomen van misbruik en afhankelijkheid. In de onderhavige studie onderscheiden wij drie, elkaar uitsluitende, niveaus van cannabisgebruik:

1. gebruik in de afgelopen twaalf maanden, zonder te voldoen aan een diagnose van cannabismisbruik of afhankelijkheid (hierna benoemd als 'gebruik');
2. DSM-III-R-diagnose van cannabismisbruik in de afgelopen twaalf maanden;
3. DSM-III-R-diagnose van cannabisafhankelijkheid in de afgelopen twaalf maanden.

Psychische stoornissen

In deze studie kijken wij naar de twaalfmaandsdiagnosen voor de hoofdcategorieën van DSM-III-R-stemmingsstoornissen, angststoornissen en alcoholgerelateerde stoornissen. Daarbinnen differentiëren wij ook naar specifieke stoornissen: 1depressie, dysthymie en bipolaire stoornis; 2paniekstoornis, agorafobie (zonder paniek), sociale fobie, enkelvoudige fobie, gegeneraliseerde

angststoornis en obsessieve-compulsieve stoornis; 3alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid.

Statistische analyse

Wij hebben de gewogen schattingen berekend van de twaalfmaandsprevalenties van angst-, stemmings- en alcoholstoornissen onder de groepen cannabisgebruikers (geen gebruik, gebruik zonder stoornis, misbruik, afhankelijkheid). Verbanden tussen cannabisgebruik en psychische stoornissen zijn geanalyseerd met behulp van logistische regressieanalyses op de ongewogen data. Deze analyses resulteren in zogenaamde 'odds ratio's' (OR). Deze maat geeft een indicatie of mensen met een zeker kenmerk (bijv. gebruikers van cannabis) meer of juist minder kans hebben op een bepaald ander kenmerk (een psychische stoornis) dan de referentiegroep (niet-cannabisgebruikers).

De OR in de referentiegroep wordt op 1 gesteld. Als de OR in de gebruikersgroep groter is dan 1 en het 95% betrouwbaarheidsinterval de waarde 1 niet omvat, dan geeft dat aan dat de kans op dat kenmerk groter is bij gebruikers dan bij niet-gebruikers. Voor een OR kleiner dan 1 waarbij het 95% betrouwbaarheidsinterval eveneens de waarde 1 niet omvat, geldt het omgekeerde.

In de analyses is gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. Dat betekent dat de gevonden verbanden niet kunnen worden toegeschreven aan verschillen tussen de groepen gebruikers en niet-gebruikers op deze kenmerken. In deze publicatie lag de nadruk op het vóórkomen van psychische stoornissen onder cannabisgebruikers, niet op het uitsluiten van mogelijke verklaringen die aan de samenhang tussen cannabisgebruik en psychische stoornissen ten grondslag liggen. Daarom is niet uitputtend gecorrigeerd voor andere mogelijke versturende variabelen, zoals het gebruik van alcohol en andere middelen. In een andere publicatie is hieraan wel aandacht besteed (Van Laar e.a., 2006).

Resultaten

Hoeveel mensen gebruiken cannabis en hoe vaak komen cannabismisbruik en afhankelijkheid voor? Tabel 1 laat zien dat 3,7% van de respondenten in de afgelopen twaalf maanden cannabis had gebruikt, zonder te lijden aan een cannabisstoornis. Minder dan 1% van de respondenten voldeed aan een diagnose van cannabismisbruik of -afhankelijkheid. Dat is 20% van de mensen die in het laatste jaar cannabis hadden gebruikt (11% afhankelijkheid, 9% misbruik). Zowel cannabisgebruik als cannabisstoornissen kwamen relatief vaak voor onder jonge mensen onder de dertig jaar. Een op de vier

Tabel 1 Twaalfmaandsprevalenties en 95%-betrouwbaarheidsintervallen (95% BI) van cannabisgebruik, -misbruik en -afhankelijkheid in de bevolking van 18-64 jaar naar leeftijd en geslacht. (Gewogen percentages. Prevalenties afgerond op 1 decimaal. Extrapolatie naar de bevolking vanuit 2 decimaal nauwkeurige prevalenties.) Peiljaar 1996.

	Leeftijd		Geslacht		Totaal	
	18-29 jaar (%) (95% BI)	30-64 jaar (%) (95% BI)	Man (%) (95% BI)	Vrouw (%) (95% BI)	Totaal (%) (95% BI)	Aantal in de bevolking (95% BI)
Cannabisgebruik	7,9 (6,4-9,7)	2,1 (1,7-2,5)	5,0 (4,2-6,0)	2,3 (1,8-2,9)	3,7 (3,2-4,3)	369.147 (318.991- 426.324)
Cannabismisbruik	1,0 (0,6-1,6)	0,1 (0,1-0,3)	0,5 (0,3-0,8)	0,2 (0,1-0,5)	0,4 (0,2-0,6)	36.112 (24.075- 56.174)
Cannabisafhankelijkheid	1,7 (1,1-2,7)	0,1 (0,0-0,2)	0,8 (0,5-1,4)	0,2 (0,1-0,5)	0,5 (0,3-0,8)	53.165 (25.078- 81.252)

Totaal aantal respondenten: $N = 7.076$.

Tabel 2 Twaalfmaandsprevalentie van stemmings-, angst- en alcoholstoornissen onder cannabisgebruikers (gewogen percentages).

	Cannabisgebruik (twaalfmaandsprevalentie) ($N = 7.076$)			Met stoornis (%)
	geen gebruik	gebruik	misbruik	afhankelijkheid
Enigerlei stemmingsstoornis	7,6	14,6	12,0	39,5
Depressieve stoornis	5,7	8,8	11,5	16,2
Dysthymie	2,9	5,4	7,7	13,5
Bipolaire stoornis	1,1	5,0	0,0	23,7
Enigerlei angststoornis	12,7	18,0	15,4	28,9
Paniekstoornis	2,2	2,7	3,8	5,3
Agorafobie (zonder paniek)	1,5	2,3	0,0	13,2
Sociale fobie	4,6	6,9	3,8	21,1
Enkelvoudige fobie	6,9	10,3	7,7	8,1
Gegeneraliseerde angststoornis	2,5	3,8	7,7	8,1
Obsessieve-compulsieve stoornis	0,4	1,5	0,0	5,3
Enigerlei alcoholstoornis	7,1	26,8	57,7	55,3
Alcoholmisbruik	4,2	10,3	30,8	21,1
Alcoholafhankelijkheid	2,9	16,5	28,0	34,2

cannabisgebruikers jonger dan dertig jaar voldeed in het laatste jaar aan een diagnose van misbruik of afhankelijkheid (25%). Mannen gebruikten vaker cannabis dan vrouwen. Het sekseverschil bij cannabisstoornissen was net niet significant.

Komen psychische stoornissen vaker voor bij cannabisgebruikers dan bij niet-gebruikers? Tabel 2 geeft de percentages stemmings-, angst- en alcoholstoornissen aan onder mensen die geen cannabis gebruiken en de drie groepen cannabisgebruikers.

Daarnaast geeft tabel 3 de sterkte aan van het verband tussen cannabisgebruik en psychische stoornissen. De vetgedrukte odds ratio's in tabel 3 duiden op een significant verschil.

Cannabisgebruik

Enigerlei stemmingsstoornissen kwamen circa tweemaal vaker voor onder cannabisgebruikers dan niet-

gebruikers (15% vs. 8%). Het sterkste verband wordt gevonden voor bipolaire stoornis, gevolgd door dysthymie en depressie (odds ratio's 1,9- 4,1). Enigerlei angststoornissen treffen we in het algemeen ook iets vaker aan onder cannabisgebruikers (18% versus 13% onder niet-gebruikers). Van de specifieke angststoornissen was alleen het verband tussen cannabisgebruik en obsessieve-compulsieve stoornis, gegeneraliseerde angststoornis, sociale fobie en enkelvoudige fobie significant (odds ratio's 1,9-3,6). Cannabisgebruik hangt niet samen met paniekstoornis of agorafobie. Het meest frequent in de groep cannabisgebruikers zijn echter alcoholstoornissen (27% vs. 7% voor niet-gebruikers). Nadere analyse wijst uit dat alleen het verband tussen cannabisgebruik en alcoholafhankelijkheid significant is (odds ratio 4,2).

Tabel 3 Samenhang tussen niveaus van twaalfmaandscannabisgebruik en angst-, stemmings- en alcoholstoornissen.

	Cannabisgebruik		Cannabismisbruik		Cannabisafhankelijkheid	
	OR	95% BI	OR	95% BI	OR	95% CI
Enigerlei stemmingsstoornis	2,65	1,83-3,85^a	1,97	0,57-6,76	9,73	4,22-22,44^a
Depressieve stoornis	1,93	1,22-3,04^b	1,61	0,37-6,99	3,42	1,14-10,25^c
Dysthymie	3,20	1,82-5,62^a	4,76	1,08-20,97^c	8,01	2,30-27,98^b
Bipolaire stoornis	4,14	2,11-8,12^a	- [*]	- [*]	23,87	8,74-65,18^a
Enigerlei angststoornis	1,86	1,31-2,64^b	1,69	0,56-5,09	3,49	1,41-8,61^b
Paniekstoornis	1,67	0,76-3,66	2,44	0,32-18,73	2,56	0,33-19,73
Agorafobie (zonder paniek)	2,26	0,96-5,34	- [*]	- [*]	13,94	3,89-49,98^a
Sociale fobie	2,11	1,28-3,47^b	1,05	0,14-7,94	6,36	2,31-17,54^a
Enkelvoudige fobie	1,72	1,08-2,73^c	1,55	0,36-6,80	1,59	0,37-6,92
Gegeneraliseerde angststoornis	2,09	1,07-4,08^c	4,42	1,00-19,49	4,40	0,99-19,42
Obsessieve-compulsieve stoornis	3,59	1,20-10,75^c	- [*]	- [*]	7,13	0,88-57,89
Enigerlei alcoholstoornis	2,76	1,95-3,91^a	8,24	3,33-20,36^a	8,77	3,68-20,90^a
Alcoholmisbruik	1,41	0,86-2,32	3,53	1,24-10,07^c	2,35	0,84-6,56
Alcoholafhankelijkheid	4,15	2,71-6,35^a	8,30	3,07-22,46^a	11,03	4,56-26,69^a

Significantieniveaus: ^a = $p < 0,001$; ^b $p < 0,01$; ^c $p < 0,05$. ^{*}Geen gevallen in een cel van deze conditie.

Odds ratio's (OR) en 95%-betrouwbaarheidsintervallen (95% BI), gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. Odds ratio's representeren de relatieve kans op het hebben van een stoornis in de afgelopen twaalf maanden onder cannabisgebruikers en degenen met cannabismisbruik of afhankelijkheid vergeleken met niet-gebruikers. Odds ratio's die significant verschillen van 1 zijn vet gedrukt. Bijvoorbeeld: cannabisgebruikers hadden ruim viermaal zoveel kans op een bipolaire stoornis in de afgelopen twaalf maanden dan niet-gebruikers, na correctie voor verschillen tussen beide groepen in leeftijd en geslacht (OR 4,1).

Cannabismisbruik

Voor cannabismisbruik is het patroon van de odds ratio's vergelijkbaar met dat van de cannabisgebruikers, al zijn deze vaak niet significant. Alleen het risico op dysthymie is significant verhoogd. Mogelijk speelt het kleine aantal mensen met een diagnose misbruik hier een rol. Ook zien we dat meer dan de helft van de mensen met een diagnose cannabismisbruik ook enigerlei alcoholstoornis heeft (58% versus 7% voor niet-gebruikers). Voor zowel alcoholmisbruik als -afhankelijkheid zijn de verbanden significant (odds ratio's 8,3 en 3,5).

Cannabisafhankelijkheid

Onder mensen met cannabisafhankelijkheid komen enigerlei stemmingsstoornissen het meest voor (40% vs. 12% onder niet-gebruikers) en dit geldt ook voor de angststoornissen (29% vs. 13% onder niet-gebruikers). Ook heeft ruim de helft van de mensen met cannabisafhankelijkheid een gelijktijdige alcoholstoornis (55% vs. 7% onder niet-gebruikers). De odds ratio's voor deze drie hoofdcategorieën waren respectievelijk 9,7, 3,5 en 8,8. Wat betreft de specifieke stoornissen springt bipolaire stoornis er het meest uit: mensen die afhankelijk zijn van cannabis hebben ruim 24 maal zoveel kans op deze stoornis dan niet-gebruikers. Daarna volgen agorafobie,

alcoholafhankelijkheid, dysthymie, sociale fobie en depressie (odds ratio's 3,4-14).

Discussie

Dit onderzoek laat zien dat 20% van de mensen die in het afgelopen jaar cannabis hadden gebruikt, voldeden aan een diagnose misbruik (9%) of afhankelijkheid (11%). Dat is aanzienlijk, maar niet uitzonderlijk vergeleken met cijfers uit andere landen. Voor cannabisafhankelijkheid, de klinisch gezien meest relevante stoornis, is in Australië een percentage van 21% gerapporteerd en in de Verenigde Staten en Duitsland voldeed respectievelijk 7% en 8% van degenen die in het afgelopen jaar cannabis hadden gebruikt aan een diagnose afhankelijkheid (Rigter & Van Laar, 2002). Daarbij kunnen verschillen tussen landen deels samenhangen met verschillen in leeftijdsgroepen en onderzoeksmethoden. In absolute aantallen voldeden in 1996 ruim vijftigduizend mensen in de bevolking in Nederland aan een diagnose cannabisafhankelijkheid; een fors aantal voor een middel dat tot kort geleden geacht werd weinig verslavend te zijn.

Dit onderzoek laat ook zien dat mensen die in het afgelopen jaar cannabis hadden gebruikt een grotere kans hadden om in dezelfde periode een stemmings-, angst-, of alcoholstoornis te hebben dan niet-gebruikers.

In het algemeen waren de verbanden sterker tussen cannabisafhankelijkheid en (andere) psychische stoornissen dan tussen cannabismisbruik of cannabisgebruik en (andere) psychische stoornissen.

Een aantal grootschalige Amerikaanse studies duidt ook op verbanden tussen cannabisgebruik/-afhankelijkheid en tal van psychische stoornissen, maar de resultaten zijn niet consistent (Agosti, Nunes & Levin, 2002; Degenhardt, Hall & Lynskey, 2001; Regier e.a., 1990). Een vergelijking tussen studies is echter lastig, vanwege verschillen in de mate van correctie voor verstorende variabelen, de tijdsperiode van gebruik en psychische stoornissen (lifetime, laatste jaar) en definities van cannabisgebruik (gebruik, misbruik, afhankelijkheid).

Dat cannabisafhankelijkheid sterker met andere stoornissen samenhangt dan cannabismisbruik is ook elders gerapporteerd. Zo vonden Grant en Pickering (1998) dat cannabisafhankelijkheid samenhangt met depressie, andere drugsstoornissen en alcoholafhankelijkheid, terwijl cannabismisbruik alleen verband hield met alcoholstoornissen. Eerdere NEMESIS-analyses laten ook zien dat zowel mensen met alcoholmisbruik als drugsmisbruik aanzienlijk minder vaak beperkt worden in hun dagelijks functioneren en minder vaak een comorbide stoornis hebben, dan mensen die van deze middelen afhankelijk zijn.

Het is goed mogelijk dat cannabismisbruik, evenals alcoholmisbruik, met name onder jonge volwassenen, duidt op voorbijgaand risicovol gedrag (bijv. rijden onder invloed) en niet op een vorm van psychopathologie die behandeling behoeft (De Graaf e.a., 2002; De Bruijn, Van den Brink & De Graaf, 2006). Het patroon van samenhang tussen cannabismisbruik en psychische stoornissen lijkt op dat van cannabisgebruik, al waren de verbanden vaak niet significant. Maar misschien reflecteert dit slechts een statistisch artefact. Het aantal gevallen van misbruik is wellicht te klein om tot een significant resultaat te komen in de analyses.

De cijfers uit deze studie zijn uit 1996. In de afgelopen tien jaar is het gemiddelde THC-gehalte in nederwiet sterk gestegen. De vraag in hoeverre de uitkomsten van dit onderzoek ook nu nog geldig zijn, is lastig te beantwoorden. Mogelijk is er sprake van een onderschatting van de huidige situatie. Dit geldt echter alleen in geval van een causaal verband en voor zover de stijging in het THC-gehalte ertoe heeft geleid dat cannabisgebruikers in de afgelopen tien jaar daadwerkelijk aan hogere interne doseringen THC zijn blootgesteld dan in de periode vóór 1996. Voor beide veronderstellingen moet nog overtuigend bewijs worden geleverd.

Een veldonderzoek onder coffeeshopbezoekers suggereert wel dat een bepaalde groep cannabisgebruikers, met name de wat jongere gebruikers, een voorkeur heeft voor

‘sterke cannabis’ (Korf, Wouters & Benschop, 2004). Andere gebruikers consumeren dezelfde hoeveelheid cannabis, ongeacht de sterkte, en weer een andere groep titreert de dosering (d.w.z. past de dosering aan de sterkte aan). De stijging in het THC-gehalte zou in de eerste twee groepen tot een toename van de geconsumeerde hoeveelheid THC geleid kunnen hebben. Hoe groot deze groepen zijn is echter niet bekend.

Voorts is er de laatste jaren voldoende bewijs geleverd voor een causaal verband tussen cannabisgebruik en psychosen. Daarbij is cannabisgebruik alléén waarschijnlijk niet voldoende. Andere factoren, zoals een genetische kwetsbaarheid en blootstelling aan cannabis tijdens de vroege adolescentie, spelen bij het risico op een psychose een cruciale rol (Caspi e.a., 2005; Henquet e.a., 2006). De relatie tussen cannabis en andere psychische stoornissen is veel minder duidelijk. Mogelijk leidt cannabisgebruik tot depressie, maar het onderzoek hiernaar is beperkt en de resultaten zijn niet consistent (Degenhardt, Hall & Lynskey, 2003). Dat geldt helemaal voor de relatie tussen cannabisgebruik en angststoornissen.

Naast een causale relatie, zijn voor de samenhang tussen cannabisgebruik en psychische stoornissen echter ook andere verklaringen aan te voeren. Een daarvan is dat psychische stoornissen cannabisgebruik in de hand werken. Dit kan gebeuren als cannabis wordt gebruikt in een poging tot zelfmedicatie van symptomen van de psychische stoornis. Epidemiologisch onderzoek levert hiervoor weinig ondersteuning, maar geheel uitsluiten kunnen we deze verklaring niet. De samenhang tussen cannabisgebruik en psychische stoornissen kan ook ontstaan door gemeenschappelijke risicofactoren, zoals een traumatische jeugd, gedragsstoornissen of een genetische aanleg die zowel tot cannabisafhankelijkheid als depressie leidt. Ook het gebruik van andere middelen kan een rol spelen. Op basis van dezelfde NEMESIS-data vonden wij in een andere analyse dat de relatie tussen cannabisgebruik en angststoornissen verdween na correctie voor het gebruik van harddrugs en psychofarmaca (Van Laar e.a., 2006). Of dit ook het geval is voor cannabisafhankelijkheid weten we niet.

Tot besluit

Mensen met twee of meer stoornissen zoeken doorgaans sneller en vaker hulp dan mensen met een enkele stoornis (Bijl & Ravelli, 2000). Het is daarom niet verwonderlijk dat instellingen voor verslavingszorg naar verhouding vaak te maken hebben met cliënten die naast een cannabisprobleem ook een (andere) stoornis hebben. In Nederland is de hulpvraag vanwege een primair of secundair cannabisprobleem de afgelopen tien jaar sterk gestegen

(Ouwehand e.a., 2006). Daarvan heeft circa een kwart ook een alcoholprobleem. Hoeveel van de cannabiscliënten ook te kampen heeft met een niet-middelgebonden psychische stoornis, weten we niet. Volgens grove schattingen op basis van registratiegegevens is circa een derde ooit opgenomen geweest vanwege een psychische stoornis (Van Alem & Mol, 2004). Een kleinschalig onderzoek uit 1997 wees uit dat 40% van de cliënten die zich voor het eerst aanmeldten met een cannabisprobleem bij de Jellinek, psychiatrische problemen had (Wohlfarth e.a., 1997). Depressie werd als bijkomende stoornis het meest gediagnosticeerd.

Desondanks is er weinig bekend over de invloed van cannabisafhankelijkheid op het beloop van angst-, stemmings- en alcoholstoornissen, en vice versa. In het algemeen geldt echter dat het niet herkennen en behandelen van comorbide psychische problematiek bij verslaving een ongewenst effect heeft op het beloop en de uitkomst van de behandeling (Posthuma e.a., 2003). Het aantal onderzoeken naar de effectiviteit van behandeling bij cannabisproblematiek vertoont een langzaam stijgende lijn (Denis e.a., 2006). Daarin is echter weinig aandacht voor comorbide psychische problematiek. De resultaten van de huidige studie wijzen op het belang van onderzoek waarin dit onderwerp centraal staat.

Literatuur

- Agosti, V., Nunes, E., & Levin, F. (2002). Rates of psychiatric comorbidity among US residents with lifetime cannabis dependence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28, 643–652.
- Alem, V.C.M. van, & Mol, A. (2004). *Cannabiscliënten in de ambulante verslavingszorg 1994–2002*. Houten: Stichting Informatievoorziening Zorg.
- Bijl, R.V., & Ravelli, A. (2000). Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Public Health*, 90, 602–607.
- Bijl, R.V., Ravelli, A., & Zessen, G. van (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587–595.
- Brujin, C. de, Brink, W. van den, & Graaf, R. de (2006). Alcoholisme: een chronische recidiverende ziekte? Het beloop van alcoholgerelateerde stoornissen in de algemene bevolking. *Verslaving*, 2(1), 50–61.
- Caspi A., Moffitt, T.E., Cannon, M., McClay, J., Murray, R., Harrington, H., Taylor, A., Arseneault, L., Williams, B., Braithwaite, A., Poulton, R., & Craig, I.W. (2005). Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biological Psychiatry*, 57, 1117–1127.
- Degenhardt, L., Hall, W., & Lynskey, M. (2001). Alcohol, cannabis and tobacco use among Australians: a comparison of their associations with other drug use and use disorders, affective and anxiety disorders, and psychosis. *Addiction*, 96, 1603–1614.
- Degenhardt, L., Hall, W., & Lynskey, M. (2003). Exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction*, 98, 1493–1504.
- Denis, C., Lavie, E., Fatseas, M., & Auriacombe, M. (2006). Psychotherapeutic interventions for cannabis abuse and/or dependence in outpatient settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, CD005336.
- Fergusson, D.M., Poulton, R., Smith, P.F., & Boden, J.M. (2006). Cannabis and psychosis. *British Medical Journal*, 332, 172–175.
- Graaf, R. de, Bijl, R.V., Smit, F., Vollebergh, W.A., & Spijker, J. (2002). Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety, and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Psychiatry*, 159, 620–629.
- Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Dufour, M. C., Compton, W., e.a. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61, 807–816.
- Henquet, C., Rosa, A., Krabbendam, L., Papiol, S., Fananas, L., Drukker, M., Ramaekers, J.G., & Os, J. van (2006). An experimental study of catechol-o-methyltransferase val(158)met moderation of delta-9-tetrahydrocannabinol-induced effects on psychosis and cognition. *Neuropsychopharmacology*, 31, 2748–2757.
- Korf, D.J., Wouters, M., & Benschop, A. (2004). *Sterke wiet: een onderzoek naar blowgedrag, schadelijkheid en afhankelijkheid van cannabis*. Amsterdam: Rozenberg.
- Laar, M. van, Dorsselaer, S. van, Graaf, R. de, & Have, M. ten (2006). *Cannabis, sedativa en andere drugs: determinanten van gebruik en samenhang met psychische stoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Ouwehand, A.W., Kuijpers, W.G.T., Mol, A., & Boonzajer Flaes, S. (2006). *Kerncijfers Verslavingszorg 2005: landelijk alcohol en drugs informatie systeem*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg.
- Posthuma, T., Vos, R., Kerkmeier, M., Blanken, P., & De Klerk, C. (2003). *Dubbele diagnose, dubbele hulp: richtlijnen voor diagnostiek en behandeling: Resultaten Scoren*. Den Haag: Parnassia.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L., e.a. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511–2518.
- Semple, D.M., McIntosh, A.M., & Lawrie, S.M. (2005). Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. *Journal of Psychopharmacology*, 19, 187–194.
- Wittchen, H.U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO. Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 57–84.
- Wohlfarth, T., Koeter, M.W.J., & Palenewen, G.R. (1997). A new generation of drug addicts? *Jellinek Quarterly*, 4, 5–6.